48e Année, IIIe Série, t. II. NUMÉRO 44. 28 octobre 1880

JOURNAL
DES
CONNAISSANCES MÉDICALES
PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS
FONDÉ PAR LE Dr CAFFE
Publié par V. CORNIL
Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE
Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le No : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

BULLETIN FINANCIER

Banque Foncière.

Société anonyme.

Capital : 1,000,000 de francs.

Siège social : à Paris, 51 *bis*, rue Sainte-Anne.

Les cours de nos rentes ont continué leur marché ascensionnelle, et la dernière quinzaine d'octobre accuse même un progrès marqué sur la précédente; nous continuons à conseiller l'achat de 5 0/0, sur lequel un coupon se détache le mois prochain.

Les actions et obligations de nos grandes lignes de chemins de fer ont atteint des cours si élevés, que le revenu en devient par trop insuffisant; il faut donc se tourner d'un autre côté et faire un choix judicieux parmi les divers placements qui s'offrent à l'épargne.

Nos lecteurs feront bien d'employer une partie de leur fortune à l'achat de valeurs qui, sans avoir la notoriété et la grande faveur dont jouissent toutes nos anciennes institutions, n'en présentent pas moins une absolue sécurité, et offrent un revenu beaucoup plus élevé. Nous citerons, comme placement de tout repos, les actions de la **Société Foncière de Montrouge** dont les titres vont être incessamment mis en vente par les soins de la Banque Foncière. L'opération de cette Société, qui consiste seulement à morceler et à revendre en détail les 129,000 mètres de terrains qu'elle possède, ne présente aucun aléa. Le terrain a coûté 3 francs le mètre, on le revend 8 et 9 francs, soit un bénéfice de près de 200 0/0.

Si, comme il y a lieu de l'espérer, la Société peut obtenir la concession du Tramway de Bagneux à Montrouge et Paris, traversant le milieu du Parc, les terrains seront certainement revendus de 12 à 15 fr. le mètre, en moins de deux ans, il y a donc là des bénéfices assurés et qui ne peuvent échapper aux actionnaires.

Il n'est pas douteux que par la seule vente des terrains la Société ne double au moins son capital, en sorte que les actions de 500 fr. seraient remboursées à 1,000 fr., en quelque temps.

C'est donc un placement exceptionnellement avantageux que nous conseillons à nos lecteurs en plein confiance.

(*Banque Foncière*,)

Services de la Banque.

La BANQUE FONCIÈRE tient à faire remarquer qu'elle porte un soin tout particulier à toutes les opérations dont sa clientèle veut bien la charger.

Tout achat ou vente de valeurs est exécuté le jour même à la Bourse de Paris et aux cours moyen. Les clients ont donc le plus grand intérêt à lui adresser directement leurs ordres et à se passer d'intermédiaires; de cette manière, leurs ordres sont exécutés promptement, sans frais ni commission autre que le courtage officiel, qui est de 1.25 par mille francs.

Il est répondu le soir même aux ordres venus par le courrier du matin.

Tirages. — *Vérification gratuite de tous les numéros.*

Renseignements *gratuits sur toutes valeurs et Sociétés.*

Prêts hypothécaires *à 4 et 5 p. 100 sur tous immeubles situés en France. Prompte solution.*

Opérations de Bourse à terme, à risques limités.

Lire l'*Informateur*, journal de la Banque Foncière, le mieux renseigné des journaux financiers; 1 franc par an.

La séance de l'Académie.

Le style, c'est l'homme, a dit un grand animalier du siècle dernier, il avait bien raison. Voyez plutôt M. Fournier, aujourd'hui professeur à la Faculté. C'est un homme d'assez haute taille de figure placide et sans caractère saillant, tenant le milieu entre l'agent de change et le gentleman farmer. Tenue très correcte, élégante, froideur voulue, voix douce, presque féminine. Ecoutons parler M. Fournier, ses phrases se suivent avec précision; l'orateur les caresse au passage, module ses effets savamment préparés et paraît plus préoccupé de la régularité de la forme que de la nouveauté du fond. Tout est prévu; il n'y a pas une entrée manquée, le mot de la fin lui-même, — une flatterie à l'Académie, — n'a pas été oublié. Les académiciens ne pouvaient pas faire autrement que de répondre à une politesse par des applaudissements. M. Fournier le savait bien, c'est un excellent metteur en scène.

Quel contraste si nous écoutons maintenant M. Rochard! Notre orateur a définitivement renoncé à la lecture et il s'est livré à une improvisation des plus remarquables, genre d'éloquence où il excelle. Là encore le style c'est l'homme. Voyez ce crâne dénudé, ces traits saillants, cette ossature puissante, ces yeux brillants et inquiets, ces muscles dont on devine les contractions, on sent que cet homme est tout entier à sa démonstration; il part, il est lancé! Que de mots heureux, que d'expressions fortes, quelle limpidité et en même temps qu'elle énergie! Cet orateur vous étonne et vous séduit en même temps. Si jamais le corps de santé de la marine était sérieusement attaqué, quel puissant avocat il aurait en M. Rochard. Ce jour-là nous serions au premier rang pour écouter un homme parlant avec son cœur, parce qu'il sait que de là découle l'éloquence vraie. C'est bien le *vir bonus dicendi peritus*.

M. Pasteur également se reflète dans sa manière de lire. Austère et mystique, il lit comme devait prêcher Bernard l'Ermite. Lui aussi est un caractère, une force, une originalité (1)! Figure dure et sévère, voix rude, style où la précision scientifique coudoie parfois les inductions hardies du philosophe et du penseur.

Ces trois communications ont bien rempli la séance qui a été très intéressante à tous égards.

M. le Dr Burq, infatigable lutteur, a donné lecture d'un travail que nous résumons plus loin.

CLINIQUE MÉDICALE

Des oblitérations de la veine porte.

La pathologie de la veine porte, aujourd'hui encore, est loin d'être complètement faite, bien qu'un certain nombre de travaux aient, depuis quelques années, paru sur ce sujet. Parmi les diverses affections dont cette veine peut être le siège, les oblitérations, qui, brusquement ou lentement, viennent arrêter la circulation dans le système porte, constituent assurément un des plus intéressants chapitres de son histoire, tant par la multiplicité des causes qui président à ces oblitérations que par la difficulté que l'on rencontre à reconnaître sur le vivant l'existence de cette complication.

Il y a environ deux siècles, Stahl (2), dans une thèse dont le titre original devait à coup sûr attirer l'attention et les idées qu'elle contenait soulever une vive controverse, avait démontré l'influence pathologique considérable qu'exerçait la veine porte sur le développement des affections abdominales. Cet auteur y décrivait les effets de la pléthore du système veineux abdominal sur l'engorgement de la rate, les vomissements de sang, le développement des hémorrhoïdes, etc. Ces effets nuisibles étaient attribués par Stahl à l'abondance et surtout à l'épaississement du sang.

Pendant de longues années, les opinions de Stahl régnèrent sans conteste, et les médecins se contentèrent de ces notions vagues, jusqu'au moment où les travaux des Laënnec, Andral, Bouillaud, Béclard, Cruveilhier vinrent imprimer à l'étude de l'anatomie pathologique une direction toute nouvelle. C'est de cette époque que datent les premières observations importantes d'oblitération de la veine porte. Reynaud (1829), Duplay, Raikem (de Liège), Monneret en rapportent des exemples. En 1856, Gintrac publie un mémoire important (*J. de méd.* de Bordeaux). Frerichs, dans son Traité pratique des maladies du foie, Murchison, dans ses Leçons cliniques, consacrent quelques pages à l'étude des oblitérations de ce vaisseau.

Nous-même avons, en 1879, publié dans la *Gazette médicale de Paris* un mémoire sur ce sujet. Enfin M. le Dr Ernous, dans une thèse fort remarquable (1), a repris tous ces travaux et a constitué l'histoire, aussi complète que possible, des oblitérations de la veine porte. Ce sont surtout les conclusions de ce travail que nous rapportons ici.

Si on laisse de côté tout ce qui concerne l'inflammation aiguë, suppurée de ce vaisseau, ce qu'on nomme pyléphlébite suppurée, affection qui par son étiologie, ses symptômes, sa marche, diffère essentiellement du groupe dont nous voulons nous occuper, on voit que les oblitérations de la veine porte sont presque toujours secondaires à quelque affection locale ou générale et surviennent à titre de complications, et cela dans les circonstances les plus variées.

L'oblitération peut se produire à la période ultime des maladies générales graves, cachexie cardiaque, tuberculose, etc. C'est une thrombose marastique qui se fait dans la veine porte comme elle s'effectuerait au niveau des veines iliaques ou humérales. Deux causes contribuent surtout à la produire; c'est d'une part le relentissement de la circulation qui se manifeste fréquemment à la période ultime des maladies graves, et qui, en raison des dispositions anatomiques du système porte, peut être plus marqué là qu'ailleurs, et enfin l'inopexie qui accompagne ordinairement les cachexies.

L'oblitération de la veine porte peut se produire dans le cours d'une cirrhose alcoolique ou syphilitique, et dans certains cas de cancer hépatique, en dehors de toute compression. Le ralentissement de la circulation porte qu'amène la lésion hépatique localise dans ce vaisseau la coagulation sanguine déjà favorisée par l'état général.

La thrombose paraît être alors la lésion veineuse primitive, les lésions inflammatoires (phlébite) ne seraient que secondaires à la formation du caillot.

Dans les cas de compression par des masses cancéreuses, tuberculeuses, par des masses inflammatoires de voisinage, dans le cours d'une péritonite chronique, l'oblitération, quand elle se produit, est le résultat, soit d'une thrombose, soit d'une phlébite.

Dans quelques cas, un noyau cancéreux de voisinage pénètre dans la veine porte et devient le point de départ de l'oblitération. Dans quelques cas plus rares, il pourrait se développer une véritable phlébite cancéreuse avec thrombose, sans ulcération des parois veineuses; c'est là un mécanisme encore mal déterminé.

---

(1) M. Pasteur ayant réservé son manuscrit pour les comptes rendus de l'Institut nous ne pouvons rendre compte de son travail.

(2) Louis Ernous. Des oblitérations de la veine porte, thèse de Paris, 1880.

(1) Stahl (Gœtke. De vena porte porta malorum hypochoudriaco-spenitico, suffocativo, colico, hemorroidarum. Halœ, 1698. Recusa Halœ, Magdeb., 1713.

Enfin la présence, dans le vaisseau, de corps étrangers (dystôme, calcul) aurait été constatée.

Dans les 48 observations recueillies par M. Ernous, l'oblitération de la veine porte paraît toujours avoir été secondaire; il n'a pas rencontré de faits dans lesquels l'oblitération vasculaire ait été l'unique lésion, ou même ait paru primitive aux autres altérations constatées à l'autopsie.

Sur 48 observations, on a trouvé 20 fois une cirrhose atrophique ou alcoolique, syphilitique, etc. ; 11 fois un cancer du foie primitif ou secondaire, 8 fois une péritonite chronique. C'est donc dans le cours de la cirrhose ou du cancer qu'elle se produit dans la grande majorité des cas.

« La symptomatologie des oblitérations de la veine porte est entourée de difficultés multiples, chose facile à saisir, puisque l'oblitération vasculaire n'est ordinairement qu'une affection secondaire qui vient comme complication ultime d'une maladie locale ou générale déjà grave par elle-même. Aussi les symptômes qui lui sont propres sont-ils difficiles à isoler de ceux qui dépendent de l'affection primitive.

« Un malade souffrant ordinairement depuis quelque temps déjà d'une cirrhose hépatique, ou d'une affection abdominale, cancer du foie, péritonite chronique, etc., accuse dans l'hypochondre droit, dans les lombes, une douleur sourde. Puis on voit se développer une ascite qui, rapidement, prend des proportions énormes; les veines sous-cutanées abdominales, à peine ou pas visibles jusqu'alors, se dilatent et se dessinent sous la peau; la rate, du jour au lendemain, augmente de volume; quelques troubles digestifs apparaissent : vomissements, diarrhée séro-muqueuse, quelquefois sanguinolente; à ce moment, l'œdème des membres inférieurs peut accompagner l'ascite. Si on pratique une ponction, on voit très rapidement, parfois en 24 ou 36 heures, le liquide se reproduire en quantité considérable; le malade dépérit, et bientôt la mort survient au milieu d'un affaiblissement général et de la gêne de plus en plus marquée de la respiration et de la circulation.

« Plus rarement, au lieu de voir se développer une ascite abondante et rapide, symptôme, en résumé le plus caractéristique de cette complication vasculaire, on assiste à l'apparition d'hémorrhagies multiples, hématémèse, mélæna, etc., qui accélèrent rapidement la marche de l'affection primitive et précipitent le dénouement fatal. »

Tel est le tableau que nous donne de cette complication M. le Dr Ernous. Revenons sur les symptômes les plus importants.

Le début en est difficile à saisir; les *douleurs* de l'hypochondre, des lombes sont inconstantes et, souvent, l'augmentation rapide ou l'apparition de l'ascite est le seul phénomène qui marque le début.

L'*ascite*, qui est le symptôme le plus constant, est évidemment loin d'être pathognomonique, puisqu'elle se rencontre dans la cirrhose, la péritonite chronique cancéreuse, etc...; mais, dans ces affections, son développement est, en général, lent et le liquide est le plus souvent en moyenne abondance.

Dans l'oblitération de la veine porte, au contraire, son développement est rapide. Dans le cas de cancer surtout, lorsqu'une ascite apparaît avec une progression rapide, lorsque la ponction retire 8 à 10 litres de liquide qui, dès le lendemain, est à moitié reproduit, on peut songer à une oblitération de la veine porte, par un des mécanismes que nous avons signalés. C'est sur ce point que les observations sont le plus concordantes. Ascite rapide et abondante, reproduction rapide après la paracentèse : voilà les deux caractères à retenir.

Sur 46 observations, l'ascite n'a manqué que 6 fois; mais ce qui est fort intéressant à signaler, c'est que, dans les observations où l'ascite manquait, il existait des *hémorrahgies multiples*, hématémèse, mélæna. Il semble que, dans ces faits, les hémorrhagies, en produisant une déplétion du système veineux abdominal, aient été, en quelque sorte, supplémentaires de l'ascite. Il faut toutefois ajouter que les hémorrhagies peuvent accompagner l'ascite; elles sont en général peu abondantes. Il ne faut évidemment pas attacher une trop grande importance à ce symptôme qui peut apparaître chez les hépatiques en dehors de toute oblitération de la veine porte.

Un autre symptôme important est le développement énorme d'une *circulation collatérale*; les veines intercostales, épigastriques, sous-cutanées abdominales se dessinent sous la peau; 13 fois sur 26 (Frerichs), 11 fois sur 46 (Ernous).

La rate est le plus ordinairement très volumineuse; sa longueur a atteint 23, 27 centimètres; quelquefois cependant elle était normale. Quant aux autres symptômes, ils n'ont qu'une valeur secondaire.

En résumé, aucun des symptômes n'est pathognomonique de la complication. C'est surtout d'après leur mode d'évolution, d'après la connaissance des causes qui ont présidé à leur apparition ou à leur aggravation qu'ils acquièrent une valeur réelle.

Deux points dans l'avenir seraient intéressants à étudier : nous voulons parler du dosage de l'urée et de la glycosurie alimentaire. Le dosage d'urée n'a pas été fait dans ces conditions; aucune des observations rapportées par M. Ernous ne le signale. Quant à la *glycosurie alimentaire*, on sait en quoi elle consiste. « MM. Colrat et Couturier s'appuyant sur des expériences de Claude Bernard, expériences consistant à lier la veine porte chez des animaux soumis ensuite à une alimentation féculente et sucrée et démontrant qu'on provoquait ainsi une glycosurie alimentaire qui n'existait pas avant, ont pensé qu'on devait rencontrer réalisées, plus ou moins complètement, les données de l'expérience dans les cas d'oblitération totale ou partielle de la veine porte (pyléphlébite, cirrhose, tumeurs, etc.). Chez quatre malades atteints de cirrhose (démontrée à l'autopsie), après les avoir nourris de sucre et de féculents, ils examinèrent les urines et ils virent que celles qui étaient recueillies pendant la période digestive contenaient seules du sucre. Ils firent sur eux la contre-épreuve, et, en examinant leurs urines prises au même moment, après s'être soumis au régime de leurs malades, ils n'y trouvèrent jamais de sucre. Ils en conclurent que, chez les premiers, le sucre, absorbé pendant la période de digestion, ne subissait plus dans le foie ses transformations ordinaires, passait en partie par les veines accessoires et revenait aux reins pour s'éliminer par les urines. » Il eût donc été intéressant de rechercher, si, dans les cas d'oblitération de la veine porte, il existait une glycosurie alimentaire. Aucune des observations ne signale le fait. De nouvelles recherches sont donc nécessaires.

Le pronostic de cette complication est très grave, la mort survient rapidement. Quant au traitement il n'en existe d'autre que celui qui s'adresse aux différents symptômes des affections primitives pour en diminuer temporairement l'intensité.

Dr Ch. Leroux.

HELMINTHOLOGIE

Une nouvelle forme larvaire des tænias.

Dans la séance de l'Académie des sciences du 17 juillet dernier, M. Poincarré, de Nancy, a présenté une note dans laquelle il annonce avoir découvert, dans de la viande de bœuf de mauvaise qualité, une forme parasitaire non encore signalée et digne d'attirer l'attention des helminthologistes. Ces parasites existent entre les fibres musculaires, entre lesquelles ils sont comme

enchâssés, mais indépendants, car on les en isole facilement par la dilacération, et ils s'en isolent même spontanément. Ces parasites sont cylindriques et présentent deux extrémités coniques dont l'une est toujours plus effilée que l'autre; ils possèdent une cuticule parfaitement distincte, appréciable à un fort grossissement; ils présentent un grand nombre de lignes transversales longitudinales ou obliques qui semblent circonscrire de larges cellules; au delà on n'aperçoit qu'une masse granuleuse et il est impossible de constater des traces d'organisation intérieure. Ces parasites mesurent, en moyenne, $0^m,28$ de long sur $0^m,05$ de large; la taille varie beaucoup ce qui indique différents degrés de développement ou de croissance; les plus grands sont souvent contournés et peuvent même affecter la forme de nœud, comme les trichines enkystées. (Cette description est accompagnée de figures, où l'on reconnaît facilement les *corpuscules* ou *utricules* de Miescher découverts en Allemagne en 1857, et sur le compte desquels tout était à apprendre.)

Quoique ces parasites aient une organisation très simple et qu'ils présentent une certaine analogie avec les grégarines, l'auteur en ayant rencontré de semblables chez des porcs atteints de ladrerie, il s'est demandé s'il n'y a pas là une des phases ou métamorphoses des tænioïdes et si ce n'est pas par leur intermédiaire que la viande crue de bœuf donne le tænia à tant de malades.

Le 16 août dernier c'est un mémoire complet que M. Poincarré a présenté à l'Institut *sur les embryons accompagnant les cysticerques dans la viande de porc*, mémoire qu'il résume dans la note suivante :

« Dans la note que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, le 12 juillet 1880, et qui est relative à la présence accidentelle dans la viandé de bœuf, d'un parasite non encore décrit par les auteurs français, je faisais remarquer qu'on en trouvait un analogue chez le porc atteint de ladrerie, et j'émettais l'hypothèse qu'il pourrait bien représenter une des phases d'un tænioïde. Depuis, j'ai eu l'occasion d'examiner le tissu musculaire de plusieurs porcs entachés de cysticerques, et les faits observés m'ont paru de nature à confirmer cette hypothèse.

« Je peux d'abord poser en fait que la viande de porc renfermant des kystes de cysticerques présente, en outre, constamment, des êtres à contenu granuleux et pouvant affecter une forme générale analogue à celle des nématoïdes. Ces êtres sont parfois excessivement nombreux et leur fréquence est toujours en raison inverse de celle des kystes de cysticerques, ce qui semble indiquer qu'il y a réellement là deux états successifs d'un même individu, et que, suivant le degré d'avancement de la maladie, c'est l'une ou l'autre de ces deux phases qui prédomine.

« L'animal affecte le plus souvent une forme ramassée qui le fait ressembler à une chrysalide. Il apparaît alors comme un sac ovoïde, froncé et renfermant exclusivement une masse de protoplasma granuleux. Ce sac peut, par des mouvements spontanés, s'allonger considérablement et se contourner de toutes manières; plus il se déploie, plus il perd de son aspect froncé, de sa largeur et de l'intensité de sa teinte. Cette plus grande transparence s'explique par la dissémination de son contenu granuleux. Du reste l'animal peut, à volonté, répartir inégalement dans son enveloppe et faire apparaître ainsi des points noirs qu'on prendrait, au premier abord, pour des orifices naturels ou des organes spéciaux. La plupart de ces êtres sont munis de cils vibratiles, qui sont toujours plus nombreux et plus longs vers les extrémités. Beaucoup apparaissent dans une fibre musculaire, qui se renfle et pâlit à leur niveau; mais il est évident qu'ils peuvent en sortir, car plusieurs sont manifestement libres.

« Tels sont les faits que l'on constate dans les muscles des porcs atteints de ladrerie. Ils ne sont point l'exacte reproduction de ce que j'ai rencontré dans la viande de bœuf, mais les différences ne sont point telles qu'elles ne puissent s'expliquer par des variétés de terrain.

« En tous cas, il est plus que probable que chez le porcs, ces organismes granuleux représentent une des phases de formation ou de transformation du cysticerque, et il est possible qu'ils puissent, aussi bien que celui-ci, engendrer le tænia. C'est donc à tort que l'on tolère, dans beaucoup de villes, la vente des parties qui paraissent saines à l'œil nu, chez les porcs dont la ladrerie n'est pas encore généralisée. Ces parties peuvent, en effet, révéler ces germes microscopiques qui échappent complètement à l'inspection ordinaire. Il me paraît même urgent de renoncer à la consommation de la viande crue, ou simplement saignante, qu'elle soit de porc ou de toute autre provenance. »

Ainsi voilà un nouvel état larvaire des tœnioïdes, inconnu jusqu'ici, qui vient d'être découvert, ce qui porte à sept le nombre des états que parcourt et que revêt successivement un tænia, savoir : celui d'embryon hexacanthe, celui de larve ciliée, celui de cysticerque, celui de scolex, celui de strobile, et enfin celui de cucurbitain.

La découverte de M. Poincarré apportera une vive lumière sur certains points de la genèse des tænias, surtout du tænia inerme de l'homme. En effet, bien qu'on persiste à le faire dériver d'un cysticerque qui existerait chez le bœuf, nous répéterons l'affirmation que nous avons déjà maintefois émise, à savoir: que personne n'a encore vu (en dehors des expériences de laboratoire) ce cysticerque dans la viande de bœuf, en France tout au moins. Cependant les tænias inermes abondent dans notre pays, car sur 100 tænias que l'on fait rendre à l'homme, il y en a au moins 90 d'inermes; d'un autre côté, il est non moins certain que la consommation de la viande crue, ou peu cuite, favorise le développement de ce tænia. Ces deux faits, si contradictoires avant la découverte de M. Poincarré, ne le sont plus maintenant, surtout si l'expérience vient à démontrer que la forme larvaire ciliée de la viande de bœuf est l'origine, ou l'une des origines du tænia inerme de l'homme, forme larvaire qui, chez les grands ruminants, ne donnerait des cysticerques que très exceptionnellement, au moins en Europe.

Quel rôle jouera alors la même forme larvaire ciliée de la viande du porc, si elle vient à être ingérée? Donnera-t-elle aussi de son côté un tænia inerme? Ce serait la confirmation partielle de cette assertion de Küchenmeister, qui faisait aussi dériver le téæia inerme de l'homme d'un cysticerque particulier existant dans la viande de porc à côté du cysticerque celluleux. (*Comptes rendus Acad. sc.*, 13 février 1860.)

L'avenir ne tardera pas, nous l'espérons, à éclaircir tous ces points. P. Mégnin.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Traitement de la phthisie.

(Suite.)

Océanie. — Les races océaniennes sont en train de s'éteindre emportées par la phthisie, exemple les Polynésiens (Bourgarel, Brulfert, Cailliot). C'est à cette maladie encore plus qu'au contact de la civilisation européenne qu'il faut attribuer la dépopulation des archipels polynésiens (Rochard). Elle fait de grands ravages dans la Malaisie. A Manille, elle entre pour plus d'un quart dans le chiffre total des décès. Elle est très fréquente aux îles de la Société et à Batavia. A Tahïti, la phthisie est sans contredit la maladie qui fait le plus de ravages parmi les Indigènes et les Européens. (Gallerand.) La tuberculisation pulmonaire enlève le

tiers des Tahitiens (de Comeiras). Dans la garnison de Tahïti, il meurt 1 phthisique sur 4.55 décès (Dr Erhel). Aux îles Marquises, elle est une grande cause de dépopulation. Elle fait de grands ravages à la Nouvelle Zélande, où elle détruit parfois des familles entières et même de petits villages.

Les Européens n'en sont pas à l'abri. Sur 10 décès survenus à bord de l'*Aube*, Raoul a compté 4 phthisiques. A la Nouvelle Calédonie, d'après de Rochas, la phthisie enlève à elle seule la moitié de la population.

Conclusion. — En résumé, quand on jette les yeux sur une carte des ravages de la phthisie, on voit que cette maladie est complètement inconnue dans le nord, et sévit de plus en plus à mesure qu'on descend vers le midi. Dans la zone torride elle sévit sur les races blanches et indigènes.

« En Angleterre comme en France, les troupes qui résident dans les colonies situées sous la zone torride perdent beaucoup plus de phthisiques que celles qui restent en Europe.

Les pays situés sous la zone torride sont ravagés par la phthisie. L'opinion unanime des médecins de ces pays, les statistiques comparées des troupes coloniales et des régiments d'Europe dans les deux pays, la fréquence de la phthisie dans nos stations intertropicales et dans les commandements anglais situés sous la même latitude le démontrent. L'examen de chaque localité en particulier le confirme » (Rochard).

Les races humaines vivant sous l'équateur disparaissent emportées par la phthisie. C'est donc une maladie du midi et non une maladie du nord, comme on l'a cru jusqu'ici. « La phthisie fait dans l'armée de mer, dans nos différentes stations, presque toutes sous la zone torride, la moitié plus de victimes que dans l'armée de terre en garnison. Aux Antilles, la mortalité dans l'infanterie de marine pour cause de phthisie est un peu plus du double de celle qu'on observe dans l'armée de terre. (Statistique de 1819 à 1842) (Rochard).

De même le Dr *Wilson* a trouvé que dans les colonies anglaises la proportion des décès dus à la phthisie est de 1 sur 5.84. En Angleterre, il y a 1 phthisique sur 156 soldats (Geneste). Dans les colonies anglaises, il y en a 1 sur 89 (Tulloch).

Nous pouvons donc dire avec Niemeyer : « L'hypothèse qu'un climat chaud est peu favorable au développement de la maladie et qu'un climat froid y expose, au contraire fortement, a été réfutée tout récemment par des recherches statistiques d'une grande exactitude. »

On comprend d'ailleurs que le midi qui a pour effet de diminuer la nutrition engendre et augmente une maladie due au défaut de nutrition. Si la phthisie semble être plus fréquente au nord qu'au midi, comme en France, par exemple, cela tient à des causes purement sociales et à ce qu'il y a plus d'industrie au nord qu'au midi.

La phthisie qu'on observe dans le nord sévit sur les ouvriers des villes industrielles et est due au travail excessif, au défaut d'aliments, à la misère et aux privations qu'elle entraîne. La phthisie étant une faillite doit se produire là où les dépenses sont très grandes, toutes les fois que les recettes sont insuffisantes. La mortalité par la phthisie était de 17 pour 100 en Angleterre au commencement du siècle ; aujourd'hui, elle n'est plus que de 12 pour 100. On voit donc que le progrès social peut restreindre les ravages de la phthisie sociale, de la phthisie du nord, tandis que celle du midi qui est en train de faire disparaître des races entières est aussi fatale que le milieu qui l'engendre.

Intensité. — Voyons maintenant l'influence exercée par les climats froids et chauds sur la maladie elle-même. On comprend *a priori* que tout milieu qui favorise le développement de la phthisie doive accroître cette maladie chez les indigènes comme chez les étrangers qui en sont atteints. Au contraire, les milieux dans lesquels on n'observe pas généralement la phthisie doivent diminuer cette maladie et fournir un moyen efficace de la combattre. C'est ce que l'observation va nous démontrer :

« Toute cause qui tend à débiliter l'organisme abrège l'existence des tuberculeux....

Les pays chauds exercent sur la constitution tout entière une action préjudiciable aux phthisiques. Il leur faut des forces pour prolonger leur existence. Tout ce qui les affaiblit outre mesure agit dans le sens de la maladie ; or s'il est au monde une influence débilitante, c'est bien incontestablement celle d'une chaleur constante. La continuité de la chaleur change l'anémie normale en cette anémie morbide qu'on appelle tropicale. » (Rochard.)

Climats chauds. — La phthisie est aiguë dans les pays chauds et d'autant plus aiguë que le milieu est plus chaud. Les phthisiques ne guérissent pas sous l'équateur. (Laure.) La phthisie est fatale sous la zone tropicale. L'influence des pays chauds sur la phthisie est en général désastreuse. (Rey.) Le séjour des pays intertropicaux est mortel pour les phthisiques. (Rochard.) « Les climats dans lesquels la température est élevée sont peu favorables aux malades atteints d'affections tuberculeuses, résultat qui semble en contradiction avec les idées généralement adoptées. » (Hardy et Behier.)

Océanie. — En Polynésie, trois ou quatre mois suffisent pour conduire le malade au tombeau. (de Comeiras). A Tahiti, les Européens prédisposés aux tubercules ou déjà tuberculeux sont rapidement enlevés. « La grande majorité des cas de mortalité à Tahiti est due au développement de la phthisie pulmonaire qui tue avec une promptitude extraordinaire ceux qu'elle attaque. » (Martineau). A la nouvelle Calédonie, elle affecte presque toujours la forme galopante et emporte souvent le malade en un ou deux mois. (Drs Vinson et de Rochas).

Amérique. — Au Chili, elle marche aussi vite que sous les tropiques. Elle est galopante à la Guyane hollandaise, au Brésil. Dans certaines provinces du Brésil, elle est considérée comme la maladie la plus aiguë. Au Para, à Bahia, la phthisie épouvante par la rapidité de sa marche. On l'y regarde comme la première des maladies aiguës (Dr Justiniano da Sylva Gomez). Il en est de même dans les provinces du sud : à Sainte-Catherine, à Rio-Grande, à la Coiritibia (Dr Jubin). Au Pérou, elle dure de trois à six mois, et, quand elle débute en été, elle marche encore plus rapidement. Au Mexique, dans la province de Yucatan, la phthisie tue en trois ou quatre mois. « Sur la côte du Mexique, la phthisie prend, comme dans tous les pays torrides, les allures d'une maladie aiguë, lorsque le sujet n'est pas promptement renvoyé en Europe. C'est le parti auquel se sont arrêtés du reste tous les médecins en chef de nos colonies. » (Rochard). La marche de la phthisie est rapide à la Nouvelle-Grenade. A Montevideo la phthisie marche avec une rapidité telle qu'elle arrive en quatre ou cinq mois à sa dernière période et qu'il est rare que le malade résiste pendant plus d'une année (Dr Brunel). « A la Plata, rarement un phthisique arrive à la fin de l'année de sa maladie. » (Saurel).

Aux Antilles, chez les étrangers qui en sont déjà atteints à leur arrivée, la phthisie marche rapidement vers une terminaison funeste. » (Hardy et Behier). *(A suivre.)*

CHIMIE

APPLIQUÉE A L'HYGIÈNE ET AUX FALSIFICATIONS.

Composition et analyse du vin.

Recherche des altérations frauduleuses de ce liquide,
par L. Magnier de la Source.
(Suite.)

b). *Acide succinique.* — Pour séparer l'acide succinique, on

dessèche très lentement le vin au bain-marie, et on épuise l'extrait au moyen de l'alcool éthéré. Les liqueurs éthéro-alcooliques réunies sont filtrées, puis évaporées au bain-marie d'abord et finalement dans le vide. On ajoute au résidu de l'eau de chaux, on évapore, et on reprend par un mélange d'alcool et d'éther. Le succinate de calcium restant est mis en digestion pendant vingt-quatre heures avec de l'alcool à 80° qui enlève les impuretés dont il était encore souillé; on le recueille alors sur un filtre taré, on le sèche et on le pèse.

M. J. Macagno (1) fait évaporer un litre de vin avec de l'hydrate plombique récemment précipité et évapore le tout au bain-marie. Reprenant ensuite le résidu par l'alcool absolu, il traite la solution alcoolique par un courant de gaz carbonique afin d'éliminer le plomb qu'elle renferme encore. Par évaporation du liquide filtré, l'auteur obtient la glycérine presque pure (2).

Les sels de plomb épuisés par l'alcool sont traités à l'ébullition par une solution aqueuse, au dixième, d'azotate d'ammonium. A la liqueur filtrée, on enlève le plomb par l'hydrogène sulfuré, on chasse l'excès de ce gaz, on neutralise par l'ammoniaque, et on ajoute du chlorure ferrique. Il se forme un précipité de succinate de fer. On le recueille, on le lave, on le calcine, et du poids d'oxyde de fer obtenu, on déduit celui de l'acide succinique.

c). *Sucre.* — La proportion de sucre interverti contenue dans un vin où, pour une cause ou pour une autre, la fermentation est demeurée incomplète, peut être déterminée :

1° En dosant l'acide carbonique dégagé pendant que la fermentation s'achève ;

2° En décolorant par le vin encore chargé de sucre un volume connu de liqueur cupro-potassique titrée.

Pour doser par la fermentation la glycose des vins, on en prend un volume déterminé qu'on évapore rapidement jusqu'à réduction au quart environ du volume primitif.

On traite par l'acétate neutre de plomb, on filtre, on sépare l'excès de plomb par quelques gouttes d'acide sulfurique, puis on neutralise en partie l'excès d'acide.

Après une nouvelle filtration, la liqueur est introduite dans un ballon avec un peu de levure bien fraîche.

Le col de ce ballon est fermé par un bouchon livrant passage à deux tubes, l'un effilé et fermé plongeant dans le liquide, l'autre ouvert et destiné à permettre la sortie des gaz dégagés pendant la fermentation.

Ces gaz sont conduits dans un tube en U renfermant de la ponce sulfurique, et de là dans un tube à potasse.

L'augmentation de poids de ce dernier tube, multipliée par le coefficient 2,155 donne le poids de sucre interverti contenu dans le volume de vin employé. Pour éviter toute perte, il faut maintenir l'appareil à une température constante de 37 à 38° pendant toute la durée de la fermentation. Une fois celle-ci achevée, on brise la pointe effilée du tube plongeant dans le liquide, après avoir porté le ballon à 100°, et on fait passer un courant d'air à travers tous les tubes afin de balayer les dernières traces d'acide carbonique.

Pour doser la glycose du vin à l'aide de la liqueur cupro-potassique, il est indispensable de commencer par décolorer un volume connu du vin à essayer.

Cette décoloration peut être obtenue, soit au moyen d'un traitement au noir animal, soit par précipitation des matières colorantes à l'aide de l'acétate ou du sous-acétate de plomb. Le plus recommandable de ces trois procédés est, suivant moi, le traitement par le noir animal. Voici la marche que M. Gautier (1 conseille de suivre pour opérer cette décoloration.

« On prend, dit l'auteur, 50 ou 100 centimètres cubes de vin auxquels on ajoute goutte à goutte une solution étendue de carbonate de sodium jusqu'à ce que par agitation la liqueur prenne une teinte violacée ou verdâtre. On ajoute alors 10 grammes de noir animal en poudre, on fait bouillir jusqu'à réduction de moitié, on jette sur un filtre, on lave exactement, et on réduit au quart du volume primitif. On verse ensuite goutte à goutte, et jusqu'à disparition de la teinte bleue, ce vin décoloré et désalcoolisé, contenu dans une burette de Mohr, dans un volume connu de réactif cupro-potassique étendu de 3 à 4 volumes d'eau et maintenu à 85 degrés.

« Cette dernière précaution est nécessaire pour éviter, autant que possible, la réduction de la liqueur cupro-potassique par la gomme ou matière dextrogyre du vin.

« La décoloration du vin par l'acétate de plomb, ajoute M. Gautier, est imparfaite. Par le sous-acétate, on entraîne une certaine dose de glycose, surtout si dans la liqueur filtrée on verse, comme l'indiquent quelques auteurs, du carbonate de sodium pour séparer l'excès de sous-acétate de plomb ajouté. »

Tout en reconnaissant la justesse de ces observations, je dois dire néanmoins que je suis toujours arrivé à de bons résultats, en précipitant par l'acétate neutre de plomb le vin déjà lui-même neutralisé presque complètement, et en éliminant l'excès de plomb par l'hydrogène sulfuré. Les liqueurs obtenues ainsi sont à peu près incolores et se prêtent très bien au traitement par le réactif cupro-potassique.

Il convient de titrer ce réactif de telle manière que 10 centimètres cubes soient exactement décolorés par 0 gr. 50 de glycose.

d). *Crème de tartre et acide tartrique.* — Lorsque le vin est très calcaire, il faut commencer par éliminer la chaux qu'il renferme. On le traite à cet effet par une petite quantité d'acétate de potasse et on précipite la chaux à l'état d'oxalate.

10 centimètres cubes du vin ainsi privé de chaux (et ramené à son volume primitif) sont alors étendus de 20 centimètres cubes d'un mélange à volumes égaux d'alcool et d'éther.

On bouche afin d'empêcher l'évaporation de l'éther, et on laisse reposer pendant quarante huit-heures. Au bout de ce temps, on décante le liquide sur un petit filtre sans plis, on lave le précipité de crème de tartre avec le mélange éthéro-alcoolique qu'on rejette au fur et à mesure sur le filtre (en ayant soin d'y faire passer le moins possible du précipité resté dans la fiole) et l'on continue ces lavages par décantation tant que le liquide qui filtre est acide. Lorsqu'il ne l'est plus, on détache le filtre, on l'introduit dans la fiole où se trouve toujours la crème de tartre, et on dissout celle-ci avec de l'eau chaude. On détermine ensuite, au moyen d'une solution titrée d'eau de baryte, son degré d'acidité, et on en déduit le poids de la crème de tartre des 10 centimètres cubes de vin employés. Il convient toutefois d'ajouter par chaque litre de vin 0 gr. 20 pour tenir compte autant que faire se peut de la crème de tartre entraînée par les lavages. Cet excellent procédé est dû à MM. Berthelot et de Fleurieu (2).

Pour doser l'acide tartrique libre, les mêmes auteurs saturent exactement 10 centimètres cubes du vin avec de la potasse bien pure, puis ajoutent 40 centimètres cubes de vin non saturé. Ils prélèvent alors 10 centimètres cubes du mélange et y dosent la crème de tartre comme il a été dit ci-dessus. En retranchant du

(1) Deutsche chemische gesellschaft, t. VIII, p. 257.
(2) Cette méthode ne nous a jamais conduit à de bons résultats.

(1) Gautier. Article vin du dictionnaire de chimie pure et appliquée, t. III, p. 705.
(2) Annales de physique et de chimie, t. V, p. 185.

nombre ainsi obtenu celui qui a été trouvé en opérant sur le vin lui-même avant toute addition de potasse, on a le poids de crème de tartre correspondant à l'acide tartrique libre.

e). *Détermination du degré d'acidité et dosage des acides volatils.* — Pour déterminer alcalimétriquement le degré d'acidité d'un vin, la meilleure méthode consiste, d'après M. Pasteur, à ajouter au vin une solution titrée d'eau de chaux contenue dans une burette de Mohr. Le point de saturation est alors accusé, quel que soit le vin, par l'apparition d'un trouble floconneux. La liqueur filtrée à ce moment doit présenter une teinte grise; elle serait violacée ou verte si l'on avait employé trop peu ou trop d'eau de chaux.

Le dosage des acides volatils s'effectue d'une façon très exacte en saturant par un alcali un volume connu de vin, distillant l'alcool, ajoutant ensuite un excès d'acide phosphorique sirupeux, et déterminant le degré d'acidité du distillatum. Il faut remarquer que cette manière de procéder conduit à la connaissance de l'acidité totale correspondant à la somme de tous les acides volatils, libres ou combinés qui peuvent exister dans le vin. Si l'on désire déterminer seulement l'acidité due aux acides libres, il faut saturer le vin par un volume connu d'eau de baryte titrée, distiller aux deux tiers, et ajouter au dernier tiers une proportion d'acide sulfurique exactement équivalente à la proportion de baryte employée pour la saturation. En distillant alors presque à sec, on obtiendra un liquide dont le degré d'acidité fera connaître la proportion des acides volatils libres du vin. Cette proportion est très variable, elle est d'ailleurs généralement assez faible, et ne représente guère que du quart au vingtième de l'acidité totale dans les vins faits.

L'acidité totale, très considérale dans les vins nouveaux, diminue considérablement avec le temps, grâce à la précipitation de la crème de tartre et à l'éthérification des acides libres.

Voici, d'après Cuning (1), quelques exemples qui feront voir entre quelles limites peut osciller le rapport de l'acidité totale à l'acidité due aux acides volatils.

	Acidité totale par litre exprimée en acide sulfurique mono-hydraté.	Acidité par litre due aux acides volatils, exprimée en acide sulfurique mono-hydraté.
Vin de Bordeaux	2 gr. 15	0 gr. 49
» Beaune	1 gr. 79	0 gr. 18
» Pomard	2 gr. 63	0 gr. 38
» Tavel	3 gr. 08	0 gr. 17
» Roussillon	2 gr. 66	0 gr. 36
» Narbonne	2 gr. 99	0 gr. 39
» Sauterne	2 gr. 21	0 gr. 50
» Bergerac blanc	2 gr. 66	0 gr. 77

L'exagération de la proportion d'acide acétique du vin constitue l'une de ses altérations les plus fréquentes et les plus graves. Cette maladie, due au développement du *mycoderma aceti* est connue sous le nom d'ascescence. Les vins qui en sont atteints sont appelés vins aigres ou vins piqués.

(*A suivre.*)

(1) Cité par M. Gautier. Article Vin du Dictionnaire de chimie pure et appliquée, t. III, p. 687.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 octobre 1880. — Présidence de M. H. Roger.

La **Correspondance** comprend : 1° Des lettres de candidatures de MM. Ernest **Besnier**, **Legrand du Saulle**, pour la section d'hygiène et de médecine légale; **Sarazin** (de Bourges), **Millot-Carpentier**, pour le titre de membre correspondant; 2° une lettre de remerciement de M. le Dr **Doyon**, récemment élu membre correspondant; 3° une lettre de M. le Dr **Velasco** (de Nice), accompagnant l'envoi d'un spéculum construit sur ses indications par M. Mathieu fils.

Lecture. — M. **Fournier** lit un travail intitulé : Simulation d'attentat vénérien sur de jeunes enfants, qu'il résume en ces termes :

1° Des faits existent en certains nombre auxquels on peut donner le nom collectif de simulation d'attentats criminels sur de jeunes enfants du sexe féminin. Ces faits consistent sommairement en ceci : production artificielle sur une jeune enfant de lésions vulvaires destinées à simuler les lésions d'un attentat, et imputation de cet attentat à un auteur imaginaire dans un intérêt afférent aux simulateurs.

2° Cliniquement, il n'est pas impossible que ces lésions artificielles se trahissent par quelque particularité, par quelque incident local, mais ce n'est là qu'une éventualité, et en principe comme en pratique nous ne connaissons aucun signe clinique propre à différencier sûrement une inflammation vulvaire déterminée par simulation, d'une inflammation vulvaire résultant d'un attentat criminel.

3° Dans les cas de cet ordre, la découverte de cette simulation ressortira moins des phénomènes cliniques que d'autres signes étrangers à l'art médical : attitude, reponses, hésitations, contradictions de l'enfant, antécédents du simulateur, circonstances diverses de la cause, etc.

4° Que si le médecin même dans l'exercice de sa profession aboutit à dépister la ruse et à découvrir la vérité, il a plus que le droit, il a le devoir de confondre une accusation criminelle et de sauvegarder l'honneur, la liberté, les intérêts d'un innocent.

5° Il importe à la sécurité de tous et à la dignité de l'art, qu'en pareille affaire le médecin ne délivre de certificat constatant les lésions observées que sur l'invitation d'une autorité compétente ayant mission de le requérir, et il n'importe pas moins que dans les certificats requis de ce genre le médecin se borne à décrire les lésions observées sans s'aventurer dans une interprétation étiologique de ces lésions, interprétation dont les éléments lui sont presque toujours refusés par la clinique.

6° Des mobiles moraux d'ordres divers servent en l'espèce d'inspiration aux simulateurs, l'un des plus communs est une spéculation pécuniaire à laquelle on peut conserver la dénomination triviale, mais expressive, de chantage au viol.

7° Ces inflammations vulvaires d'origines diverses, voire le plus habituellement spontanées, ont maintes fois servi de base à des imputations d'attentat, et il n'est pas sans exemple que ces imputations illégitimes aient pu sembler justifiées soit par les réponses inconscientes des prétendues victimes, soit même par les dépositions mensongères des enfants prématurément perverties.

M. **Pasteur** lit une note sur l'atténuation du virus du choléra des poules.

M. **Rochard** fait une communication orale sur le traitement des abcès du foie par l'ouverture large et directe combinée avec la méthode des antiseptiques de Lister.

Cette méthode consiste à déterminer avec autant de précision que possible le siège de la collection purulente et à vérifier le diagnostic à l'aide de la ponction aspiratrice; puis à se servir de l'aiguille, comme d'un conducteur, pour ouvrir très largement l'abcès avec le bistouri, vider la cavité de tout ce qu'elle renferme, prévenir les accidents consécutifs par les injections antiseptiques, le drainage et le pansement de Lister.

M. **Rochard** cite quatre observations suivies de succès, alors qu'avant l'emploi de cette méthode les abcès étaient dans la proportion de 68 0/0.

Dr Burq. — **Coup d'œil rétrospectif sur la métallothérapie** à l'effet de démontrer que tous les faits identiques à ceux obtenus par les applications métalliques dont on a parlé dans ces derniers temps, et ceux qui demain pourront y être ajoutés, nous les avions presque tous signalés ou prévus et en avions déterminé les lois dès avant l'année 1853.

Conclusion. Il résulte des doctrines et faits exposés dans notre thèse inogurale : *de l'anesthésie et de l'amyosthénie dans l'hystérie* (fév. 1851), et deux années après dans notre premier traité sur la métallothérapie, qui parut en 1853 chez G. Baillière :

1° Que nous avons reconnu et démontré le premier, il y a trente années environ, « que dans les névroses et dans l'hystérie en particulier, les troubles périphériques de la sensibilité et de la motilité (l'anesthésie et l'amyosthénie) sont prédominants; qu'ils tiennent tous les au-

très, y compris les troubles de la nutrition et la chlorose qui s'en suit fatalement, sous leur dépendance immédiate; qu'ils suivent la névrose dans toutes ses phases, augmentent ou diminuent avec elle dans la même proportion, si bien que, comme une *sorte de pouls*, ils en mesurent à toute heure le degré par leur étendue et leur profondeur même, et peuvent être considérés aussi comme une *pierre de touche* placée à côté de la maladie pour indiquer quels sont les moyens les plus propres à la guérir. »

De là cette loi inscrite dans les deux ouvrages cités, savoir : « que tout traitement, qu'il soit tiré de la thérepeutique proprement dite, de l'hygiène ou d'ailleurs, doit nécessairement avoir une action directe ou éloignée, mais certaine, sur l'anesthésie et l'amyosthénie, sans quoi il pourra bien ne pas empêcher la guérison spontanée, mais il ne sera certainement pour elle d'aucune utilité.

« Qu'une affection nerveuse avec anesthésie et amyosthénie étant donnée, tout le traitement consiste à trouver un agent ou moyen quelconque qui puisse ramener la sensibilité et la motilité à l'état normal. »

2° Notre traité de 1853 témoigne tout particulièrement que pour obéir à un besoin de notre esprit d'abord, puis pour nous créer d'autres ressources dans les cas trop fréquents hélas ! où la métallothérapie externe se montrait impuissante ou insuffisate, de l'année 1848 à celle de 1853, nous avons étudié successivement : l'action du magnétisme animal, des métaux administrés à l'intérieur, des vésicatoires, des frictions et applications irritantes ou excitantes de toute nature, de la strygillation et de la flagellation avec des instruments spéciaux; de la cautérisation de l'hélix, du cathétérisme du tympan, de la balnéothérapie, sous toutes ses formes, l'hydrothérapie en tête, de la gymastique et de tous les exercices du corps, de l'électricité dynamique puisée aux sources les plus diverses, des bains électriques même tels qu'on les donne maintenant; de l'aimant sous forme de plaques aimantées, semblables à celles qui eurent un moment tant de vogue à la suite de P. Hell et de l'abbé Lenoble, etc.

L'électricité statique fut seule omise à cause de l'installation spéciale que nécessitent les appareils aussi encombrants que coûteux qu'elle nécessite — et que de cette étude faite toujours l'aiguille ou l'esthésiomètre et le dynamomètre à la main, il était résulté que ces agents ou moyens si divers, qualifiés maintenant d'œsthésiogènes, répondaient tous à la double loi ci-dessus, c'est-à-dire qu'ils agissaient dans le même sens que les applications métalliques, et qu'il ne saurait en être autrement pour tous ceux qu'il restait encore à découvrir.

Aujourd'hui, c'est la Xyloscopie qui sur ce dernier point vient aussi nous donner raison.

Demain ce sera problablement au tour de la **Floroscopie**, de la **Folioscopie**, de la **Pétroscopie**, etc., car ici, tout paraît se tenir, qu'on le sache bien. Mais à tout la métallothérapie a ajouté encore cette lettre de change tirée sur la génération qui nous suit :

« *Une idiosyncrasie métallique étant donnée, dire dans les trois règnes végétal, minéral et animal quels sont les divers agents qui y correspondent.* »

Une première réponse fut faite ici par anticipation en 1851, lorsque nous disions dans notre thèse inaugurale p. 60 : « qu'à la sensibilité cuivre répond toujours l'action magnétique. »

La Xyloscopie ne tardera point, nous l'espérons bien, à en faire une nouvelle en venant nous apprendre « qu'à telle sensibilité métallique correspond telle autre sensibilité ligneuse. »

Si nous avons eu plus d'une fois à regretter que dans les comparaisons qui ont été faites, l'on perdit trop de vue la métallothérapie interne, dont l'importance toujours croissante avait déjà fait reléguer la métallothérapie externe sur le deuxième plan, ce n'est donc pas sans raison que nous nous sommes réjoui plus que personne des expériences confirmatives en tous points qui ont été faites depuis quelque temps dans la voie qu'avait ouverte le *Turquisme*, ce ne sera point là son moindre honneur.

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe, par M. le Dr Monod, ancien interne des hôpitaux (A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs).

Après avoir brièvement rappelé l'histoire de l'uréthrotomie externe, M. Monod en recherche les applications dans les cas de traumatismes de l'urèthre, de rétrécissements infranchissables ou compliqués.

Lorsqu'à la suite d'un traumatisme grave on observe des symptômes annonçant une lésion profonde de l'urèthre : rétention d'urine complète, métrorrhagie le plus souvent abondante, tumeur périnéale volumineuse, l'uréthrotomie externe sans conducteur et immédiate est indiquée. C'est ce que l'auteur désigne sous le nom d'*uréthrotomie externe d'emblée*. Dans ces cas en effet le cathéthérisme est offensif et dangereux : offensif à cause des hémorrhagies qu'il provoque ; dangereuse, parce que la sonde peut détruire les brides ou un caillot sanguin qui mettait obstacle à l'infiltration d'urine. Or c'est justement cette infiltration qu'on cherche à empêcher. L'uréthrotomie externe assure la restauration immédiate du canal, ne met pas, il est vrai, à l'abri d'un rétrécissement ultérieur, mais permet au chirurgien de surveiller le travail de cicatrisation.

La conduite sera la même si le traumatisme remonte à quelque temps et si l'infiltration urineuse est confirmée. C'est là l'uréthrotomie externe dite *secondaire*.

Ces rétrécissements infranchissables, qu'on doit admettre en clinique, ne laissent d'autres ressources que l'uréthrotomie externe sans conducteur. Quant à l'uréthrotomie externe sur conducteur, elle a son application dans les cas de rétrécissements compliqués de fistules anciennes avec indurations périnéales profondes. Encore faut-il que le rétrécissement ne dépasse pas la portion périnéo-bulbaire de l'urèthre. Elle a pour avantages la restauration du canal et l'action chirurgicale directe sur les tissus indurés.

Les rétrécissements ne rentrant pas dans les catégories précédentes et qui résistent cependant à la dilatation progressive doivent-ils être traités de la même manière ? L'uréthrotomie interne est préférable. Malgré les reproches qu'on lui a adressés elle n'est pas plus grave, à condition qu'elle soit pratiquée suivant des règles précises, et n'expose pas plus aux récidives.

L'uréthrotomie externe est donc indiquée comme opération de *nécessité* et même de *choix* dans certains cas, mais elle ne saurait à aucun titre remplacer l'uréthrotomie interne, qui doit conserver ses indications spéciales.

Ce travail, basé sur un grand nombre d'observations, presque toutes recueillies à la clinique de l'hôpital Necker, permet de restreindre à un certain nombre de cas bien déterminés l'application de l'uréthrotomie externe. Il sert de complément aux études précédemment faites sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

La syphilis, son histoire et son traitement. (Méthode anglaise) par le Dr James Tartenson. (J.-B. Baillière et fils, éditeur.

L'auteur repousse l'emploi du mercure dans le traitement de la syphilis et n'admet pour la majorité des cas que le *traitement reconstituant*, préconisé depuis longtemps par les Anglais depuis Bru, Albernethy, Balfour, Todd, Bell, Thompson, Rose, Hennen, etc., qui ont signalé les dangers du mercure et préconisé cette méthode dite anglaise. « Ce *traitement reconstituant*, dont l'action est plus lente que celle du mercure, a l'incontestable avantage de guérir *sûrement*. Les malades qui le suivent régulièrement et voient disparaître les dernières manifestations de la syphilis n'ont plus à redouter ni les accidents tertiairesni les accidents viscéraux. » Nous avouons que des affirmations auss nettes nous étonnent singulièrement; nous reviendrons, du reste, sur ce sujet.

Contentons-nous de dire que ce livre est fort intéressant et que son auteur fait preuve d'une solide érudition.

Etude bliblioographique et clinique du nitrite d'amyle, par le Dr Ozil. (Lille, imprimerie Danel, 1880.)

Après un premier chapitre consacré à l'historique, M. Ozil

étudie la nature chimique et l'action physiologique du nitrite d'amyle sur la peau, les muqueuses, le sang, sur la circulation, la température, la respiration, etc.; il termine par un examen critique sur ses usages en médecine :

« En présence du nombre étonnant d'affections contre lesquelles le nitrite d'amyle serait souverain, il semblerait rationnel de conserver un doute opiniâtre sur son efficacité réelle dans la totalité des maladies contre lesquelles il a été réputé si puissant. Ce doute semblerait d'autant plus justifié que presque toutes ces cures merveilleuses se sont accomplies hors de France. Or sans vouloir en rien incriminer la bonne foi germanique, il nous sera permis de rappeler que l'Amérique, et aussi un peu l'Angleterre, est par excellence le berceau de ces inventions surprenantes qu'un contrôle sérieux ramène trop souvent à l'état plus modeste de simple hypothèse, sinon de pure fausseté. »

Aussi, pour notre part, engagerions-nous à n'accepter comme démontrées que les qualités thérapeutiques solidement établies par des expériences d'auteurs français. Or, Bourneville, un de ceux qui en France ont le mieux étudié le nitrite, malgré des résultats au total favorables, s'est montré très réservé dans ses conclusions. Cependant, quelques insuccès ne doivent pas suffire à faire exclure totalement des hôpitaux, comme le fait a eu lieu, à tort d'après nous, un médicament précieux, qui, dans des cas plus restreints, tels que syncope par anémie cérébrale, spasme vasculaire, etc., peut rendre des services incontestables.

NOUVELLES

— Le Congrès international de Bienfaisance de Milan, dans sa séance de clôture tenue le 5 septembre, a décidé conformément au vœu émis par M. le Dr Passant, que le prochain Congrès international se tiendrait à Paris en 1882.

— Maladies des enfants et cérébroscopie. — M. le Dr Bouchut, médecin des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149, recommencera ses leçons cliniques le mardi 26 octobre à 8 heures et demie du matin.

— Légion d'honneur. — Par décrets en date des 11 et 14 octobre 1880, M. le Dr Rémond (Henri-Frédéric), ancien médecin du bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement de Paris, et le Dr Michel (Jean-Baptiste-Adrien), ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Hopital Saint-Louis. — M. le Dr Péan, chirurgien des hôpitaux, reprendra ses cliniques le samedi 30 octobre à 9 h. 1[2 et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— Le Dr Paul Labarthe vient de donner sa démission de rédacteur en chef de la *Revue de thérapeutique*.

Notre confrère, qui tient à la liberté absolue de sa plume, fonde un nouveau journal hebdomadaire « le Médecin praticien, *Répertoire de thérapeutique médico-chirurgicale*, » dont le premier numéro paraîtra le samedi 27 novembre prochain.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchements, 1880, par J. Poullet, ancien interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 160 pages. 4 francs. A la librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Influence du régime scolaire et des méthodes de l'enseignement actuel sur la santé de la jeunesse, par le Dr Kjellberg. In-8°. 1 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

RÉSUMÉ D'UN TRAVAIL

sur les préparations de goudron de bois.

(*Suite et fin*).

Essence de goudron. — Le goudron de bois se compose :

1° D'une partie solide (résine complexe) dénuée de vertus médicinales ;

2° D'une partie fluide que l'on obtient par distillation et qui possède réellement les propriétés attribuées au goudron.

Quand on distille un mélange d'eau et de goudron, l'eau qui passe à la distillation entraîne toute la partie fluide du goudron ; l'eau retient quelques résidus tels que l'acide acétique, etc.; — l'huile qui surnage décantée et filtrée constitue l'*essence* de goudron.

Analyse de l'essence de goudron. — Cette essence a été analysée par la méthode des distillations fractionnées dans le laboratoire de M. le professeur Wurtz.

Voici sa comportion abrégée :

Créosote................	8 p. 100
Cymène.................	22 p. 100
Essence dextrogyre......	33 p. 100

En tenant compte de la difficulté de l'analyse et de l'entraînement opéré par les essences légères, on peut évaluer la proportion réelle de la créosote à 10 0/0.

Les autres composants sont : le toluène, le xylène, le cumène en proportions diverses.

La densité est de 0,91.

Choix d'une préparation. — L'idée la plus simple, la plus vraie était d'employer tout d'abord, l'*essence de goudron*, c'est-à-dire toute la partie active du goudron privé des substances inertes. Mais il semble qu'en toute chose, l'homme pour arriver à la simple vérité doit prendre le chemin le plus long, le plus tortueux, le plus ardu, tourner longtemps autour de difficultés chimériques pour arriver enfin à saisir cette vérité, en faire sa chose propre et sa conquête. — Incontestablement des difficultés existaient pour arriver à obtenir à l'état de pureté l'essence de goudron ; mais en dirigeant tous ses efforts vers ce but, on devait arriver à les vaincre. Le problème posé, il y a plus de vingt ans, par le chimiste Péraire est aujourd'hui résolu ; dans le laboratoire de M. Colomer, pharmacien à Paris, l'inventeur prépare une essence de goudron pure, possédant l'odeur et la saveur du goudron de bois ainsi que toutes ses propriétés médicales.

Propriétés. — Introduite dans le tube digestif, cette essence en raison de sa volatilité s'élimine rapidement par les voies respiratoires et par la peau. Elle est dix fois plus active que le goudron végétal d'où elle dérive, plus efficace que toutes les préparations de goudron et moins irritante que la créosote, que l'estomac tolère difficilement à cause de sa causticité.

Capsules d'essence de goudron. — Cette essence est dissoute dans une huile neutre en telle proportion qu'une petite capsule renferme 10 centigrammes d'essence et 0,01 centigramme de créosote. On possède ainsi un médicament toujours constant, nullement dangereux comme la créosote, plus actif que le goudron en capsules, que les eaux ou les solutions alcalines de goudron.

En résumé, les différents moyens pour administrer le goudron de bois n'ont donné au point de vue pratique que mécomptes et mauvais résultats. Il est sans doute réservé à l'essence de goudron bien préparée, administrée sous forme de capsules, de satisfaire aux désirs souvent exprimés par les médecins de posséder enfin une préparation commode et vraiment efficace de goudron.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.

OVULES SUÉDOIS

Pilules perfectionnées de térébenthine fine du mélèze.

Aussi efficaces que le copahu contre : Gonorrhée, et Rétention d'urine.

C'est la base de tout traitement sérieux de Catarrhe de vessie, Goutte, Gravelle, Coliques hépatiques.

Boîte de 80 pilules, 4 francs (*port franco*), dans toutes les pharmacies.
Remise d'usage à MM. les médecins et pharmaciens.

Dépôts : à Paris, 103, rue Montmartre.
à Bruxelles, M. Frédrix, pharmacien, boulevard du Nord, nº 11.
à Amsterdam, MM. Uloth et Cᵉ, pharmaciens.
à Rotterdam, M. Van Santen Kolft.
à Liége, M. Burgers, pharmacien, rue Pont-d'Ile, nº 16.

TAMAR INDIEN
GRILLON

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre CONSTIPATION
Hémorroïdes, Migraine

Sans aucun drastique : aloès, podophylle, scamonnée, r. de jalap, etc.

Phⁱᵉ Grillon, 25, r. Grammont, Paris, **Bᵗᵉ 2.50.**

Compⁱᵉ Génˡᵉ de PRODUITS ANTISEPTIQUES
26, Rue Bergère, PARIS

ACIDE SALICYLIQUE
ET SALICYLATES
de SCHLUMBERGER et CERCKEL

Salicylate de **SOUDE**
Salicylate de **QUININE**
Salicylate de **LITHINE**
Salicylate de **BISMUTH**
Salicylate de **ZINC**

TARTRO SALICYLATE DE FER ET DE POTASSE

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Cette huile, extraite de foies frais de morues récemment pêchées, est **naturelle et absolument pure**; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, son action est certaine contre : **Maladies de poitrine, Phthisie, Bronchites, Rhumes, Toux chronique, Maigreur des enfants**, etc.

Toutes les compositions imaginées pour remplacer l'huile de foie de morue **naturelle**, sous prétexte de la rendre plus efficace ou plus agréable, ne font qu'irriter et fatiguer inutilement l'estomac. — L'**Huile de Hogg** ne se vend qu'en *flacon triangulaire*.

Pharmacie HOGG, rue de Castiglione 2 à Paris, **et en province dans les principales pharmacies.**

APRÈS CHAQUE REPAS
Sirop — Une cuillerée à bouche.
Vin — Un verre à Bordeaux.
Elixir — Un verre à Liqueur.
Dragées — Cinq Dragées.
Cachets — Deux Cachets.

Chacune de ces doses représente 10 centigrammes de **Papaïne**, *digère et transforme en peptone dialysable 50 grammes de viande par la digestion naturelle.*

de Papaïne Trouette-Perret

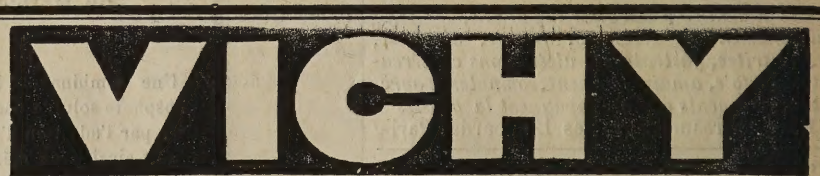
(PEPSINE VÉGÉTALE tirée du CARICA PAPAYA)

Maladies d'Estomac, Gastrites, Gastralgies, Diarrhées chroniques, Vomissements des Enfants, &ᵃ

GROS : **TROUETTE-PERRET, 68, rue de Rivoli, Paris.**
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

RUBINAT

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à très petite dose, sans irritation intestinale.
Dépôt Marchands d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.



Grande-Grille, maladie du foie et de l'appareil biliaire; — **Hôpital**, maladie de l'estomac; — **Hanterive**, affections de l'estomac et de l'appareil urinaire. — **Célestins**, gravelle, maladies de la vessie, etc. (*Bien désigner le nom de la source*). La caisse de 50 bouteilles, Paris, **35 fr.**; Vichy, **30 fr.** (*emballage franco*). La bouteille à Paris, **75** c. L'eau de Vichy se boit au verre, **25** c.

PASTILLES DE VICHY, excellent digestif fabriqué à Vichy, avec les sels extraits de l'eau des sources. La boîte de 500 grammes, 5 fr., boîtes de **2** et de **1** fr.

VENTE de toutes les Eaux minérales. — RÉDUCTION DE PRIX.

Paris, 22, boulevard Montmartre et 28 rue des Francs-Bourgeois.

SUCCURSALE : 187, RUE SAINT-HONORÉ.

PILULES DE BLANCARD

à l'Iodure de Fer inaltérable

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Contre les *Affections scrofuleuses, tuberculeuses, la Chlorose, l'Anémie, l'Aménorrhée*, etc.

N.-B. — L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **véritables pilules de Blancard**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*.

Blancard

Se défier des contrefaçons. Pharmacien, rue Bonaparte, 40.